publiziert bei: AWMF online
Portal der wissenschaftlichen Medizin



Deutsche Dermatologische Gesellschaft

Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.

Kurzpräsentation (Leitlinienimplementierungshilfe)

S1-Leitlinie „Tinea capitis“

AWMF-Registernr. 013-033 (https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-033)

CC BY NC

Definition und Erreger

Definition:

Die Tinea capitis ist eine durch Dermatophyten hervorgerufene und vor allem im Kindesalter auftretende Mykose der behaarten Kopfhaut.

Erreger und Übertragung

	Zoophile Erreger	Anthropophile Erreger	Geophile Erreger
Häufig:	Microsporum canis	Trichophyton violaceum Trichophyton tonsurans	
Weitere bedeutsame Erreger	Trichophyton mentagrophytes Trichophyton quinckeanum Trichophyton verrucosum Trichophyton benhamiae	Microsporum audouinii Trichophyton soudanense Microsporum ferrugineum Trichophyton schönleinii	Nannizzia gypsea

CC BY NC

Diagnosesicherung

Untersuchung von Schuppen und/oder Haarstümpfen.
- mikroskopisch und kulturell und/oder
- mit molekularen Methoden

Gewinnung von Schuppen und/oder Haarstümpfe aus den Läsionen mittels
- Skalpell (stumpfe Seite) und/oder
- steriler Pinzette und/oder
- Kürette und/oder
- Bürste und/oder
- Abstrich.

Eine routinemäßige Resistenztestung ist bisher nicht erforderlich.
→ Sie erfolgt bei therapierefraktären Fällen und aus epidemiologischen Gründen bei V.a. Ausbrüchen durch multiresistente Stämme in Speziallaboratorien.

CC BY NC

Behandlung

Die Tinea capitis wird immer parallel systemisch und adjuvant topisch behandelt.

Ziel ist die klinische Ausheilung mit negativem Erregernachweis.

Die Auswahl des systemischen Antimykotikums ist abhängig vom Erreger und erfolgt nur in schweren Fällen vor dem Erregernachweis.

Bei Vorliegen eines Kerion Celsi oder bei hochgradigem klinischem Verdacht (Schuppung, Lymphadenopathie, Haarverlust) kann die systemische Behandlung auch unmittelbar und vor dem Vorliegen des mykologischen Kulturbefundes begonnen werden, sofern eine Schnelldiagnostik mittels PCR nicht verfügbar und/oder der mikroskopische Befund nicht eindeutig ist.

CC BY NC

First-line Therapie

	Ultramikronisiertes Griseofulvin	Terbinafin	Itraconazol
Dosierung (tgl.)	20 mg/kg KG Körpergewicht	<20 kg KG 62,5 mg 20-40 kg KG 125 mg >40 kg KG 250 mg	5 mg/kg KG
Anmerkung	in Deutschland nicht mehr verfügbar (über internationale Apotheke beziehbar)	Off-label im Kindesalter	Off-label im Kindesalter
mg = Milligramm; kg = Kilogramm; KG = Körpergewicht			

Terbinafin ist im Kindesalter bevorzugt bei *Trichophyton* spp. anzuwenden.

Itraconazol bzw. Griseofulvin sind im Kindesalter bevorzugt bei *Microsporum/Nannizzia* spp. anzuwenden.

Bei Erwachsenen ist Terbinafin erregerunabhängig Mittel der 1. Wahl (Ausnahme bei V.a. Resistenzentwicklung).

CC BY NC

Initiale Therapiedauer

Die initiale Therapiedauer beträgt 4 Wochen.

Die Fortsetzung der Therapie richtet sich nach dem Ergebnis mykologischer Kontrollen (Kultur, PCR soweit verfügbar).

- Kontrollen erfolgen ab Woche 4 alle 2-4 Wochen

Der Endpunkt der Therapie ist die Ausheilung mit negativem Erregernachweis.

CC BY NC

Second line Therapie

Bei Versagen des initial gewählten Medikaments ist ein Wechsel auf ein anderes First-line Medikament notwendig.

- Ultramikronisiertes Griseofulvin
- Terbinafin
- Itraconazol

In Therapie-refraktären bzw. besonderen Fällen steht ggf. Fluconazol zur Verfügung.

CC BY NC

Therapieversagen

Gründe für ein Therapieversagen

- Fehlende Compliance
  - besonders bei langen Behandlungszeiten
- Unterdosierung
  - zu geringe Dosis über zu kurze Behandlungsdauer oder
  - verminderte Wirksamkeit der Medikation durch Ko-Medikation
- Relative Resistenz des Erregers
  - keine ausreichenden Wirkstoffkonzentrationen am Wirkort
- Resistenz des Erregers
  - *Insbesondere T. indotineae* gegenüber Terbinafin
- Reinfektion
- Grunderkrankungen des Betroffenen, die zu einer eingeschränkten Immunantwort führen.

Maßnahmen

- Bei klinischer Besserung und weiterhin positivem Erregernachweis sollte die Therapie für 2-4 Wochen fortgesetzt werden.
- Bei fehlendem klinischen Ansprechen nach 4-wöchiger Gabe sollte ein Wechsel auf die Second-line Therapie und ggf. eine Resistenzbestimmung erfolgen.

CC BY NC

Zusätzliche Maßnahmen

Kinder, die eine geeignete kombinierte systemische und adjuvante topische Therapie erhalten, können die Schule/den Kindergarten sofort wieder besuchen.

Bei Infektionen durch hoch-kontagiöse anthropophile Erreger (*T. violaceum, T. soudanense, ggf. T. tonsurans, M. audouinii*) sowie bei ausstehendem Erregernachweis kann jedoch eine einwöchige Karenz von Schul-/Kindergartenbesuchen erwogen werden.

CC BY NC

Weitere zusätzliche Maßnahmen bei anthropophilen Erregern

Bei anthropophilen Erregern wird eine mykologische Untersuchung und ggf. Behandlung aller, auch asymptomatischer, Familienmitglieder und enger Kontaktpersonen empfohlen.

Bei asymptomatischen Kontaktpersonen sollte eine topische antimykotische Therapie bevorzugt mit antimykotisch wirksamen Shampoos (2x pro Woche über 4 Wochen) durchgeführt werden.

Bei symptomatischen Kontaktpersonen ist eine leitliniengerechte systemische und adjuvant topische Behandlung erforderlich.

CC BY NC

Zusätzliche Maßnahmen

Kontaminierte Gegenstände, insbesondere Utensilien der persönlichen Hygiene, sind zu desinfizieren bzw. zu entsorgen.

Dermatophyteninfektionen wie die Tinea capitis sind gemäß IfSG §34 grundsätzlich nicht meldepflichtig.
Im Rahmen der Regelungen für Gemeinschaftseinrichtungen besteht eine Meldepflicht jedoch dann, wenn zwei oder mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemischer, zeitlicher und räumlicher Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird und wenn dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist.

CC BY NC

Aktualisierung

Die vorliegende Leitlinie hat eine Gültigkeit bis zum 15.12.2030.

Beteiligte Experten und Fachgesellschaften …

Vertreter	Ort	Fachgesellschaft
Expertenkommission		
Prof. Dr. D. Abeck	München	DDG, DmykG
PD Dr. Philipp Bosshard	Zürich	DGG
Prof. Dr. J. Brasch	Kiel	DDG, DmykG
Prof. Dr. G. Daeschlein	Dessau	DDG, DmykG
Prof. Dr. I. Effendy	Bielefeld	DDG, DmykG
Prof. Dr. Y. Gräser	Berlin	DGHM, DmykG
Prof. Dr. P. Höger	Hamburg	DDG, DGKJ
Dr. J. Huynh	Berlin	DDG
Prof. Dr. Dr. A. Kolb-Mäurer	Würzburg	DDG
Dr. K. A. Langen	Kiel	DDG, DmykG
Dr. B. Malisiewicz	Frankfurt	DDG
Prof. Dr. P. Mayser	Biebertal	DDG, DmykG
Prof. Dr. P. Nenoff	Mölbis	DDG, DmykG
Prof. Dr. Hagen Ott	München	DDG
Dr. Christin Pelzer	St. Gallen	DDG
Dr. D. Reinel	Hamburg	DDG, DmykG
Prof. Dr. M. Schaller	Tübingen	DDG, DGHM, DmykG
Dr. S. Uhrlass	Mölbis	DmykG
Methodengruppe		
Prof. Dr. A. Nast	Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Division of Evidence Based Medicine (dEBM), Charité –Universitätsmedizin Berlin	
Dr. M. Kinberger		

CC BY NC

Versionsnummer: 4.2

Erstveröffentlichung: 04/2003

Letzte inhaltliche Überarbeitung: 16.12.2025

Nächste Überprüfung geplant: 15.12.2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online